

La prévention de la dépression anténatale

Leslie Carraz

▶ **To cite this version:**

Leslie Carraz. La prévention de la dépression anténatale. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-00996392

HAL Id: dumas-00996392

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00996392

Submitted on 26 May 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT–QUENTIN–EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Leslie Carraz

En vue de l'obtention du**Diplôme d'Etat de sage-femme**

La prévention de la dépression anténatale

Soutenu le : 07/04/2014

JURY

Docteur Marina, Mokrani, Psychiatre (Directeur de mémoire)

Madame Elodie, Prot, Sage-Femme et enseignante à L'UFR des Sciences de la Santé, Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines(Co-Directeur de mémoire)

Numéro national d'étudiant :2500015105Y

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Remerciements

Je tiens à remercier,

Le docteur M. Mokrani ainsi que Madame Sandra Ginon pour avoir accepté de diriger ce mémoire mais également pour m'avoir encouragé tout au long de ce travail.

Madame Elodie Prot pour ces précieux conseils, sa disponibilité et sa bienveillance.

Les professionnels libéraux ainsi que ceux de l'hôpital de Poissy ayant accepté de participer à mon étude, pour m'avoir accordé du temps.

Madame Etchemendigaray ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Poissy pour son enseignement au cours de ces quatre années.

Ma famille pour son soutien sans faille.

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Table des matières

AVERTISSEMENT II

REMERCIEMENTS III

TABLE DES MATIERES IV

LISTE DES FIGURES VII

LISTE DES ANNEXES VIII

LEXIQUE IX

LA PREVENTION DE LA DEPRESSION ANTENATALE X

PREVENTION OF ANTENATAL DEPRESSION XI

INTRODUCTION 1

1 PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL 3

1.1 Historique 3

1.2 Processus psycho dynamiques à l'œuvre pendant la grossesse 5

1.2.1 La grossesse comme crise maturative de la psyché féminine 5

1.2.2 La transparence psychique 6

1.2.3 La préoccupation maternelle primaire 6

1.2.4 Narcissisme et grossesse 7

1.2.5 L'ambivalence affective 7

1.3 Présentation de la dépression anténatale 8

1.3.1 Epidémiologie 8

1.3.2 Tableau clinique 8

1.3.3 Facteurs étiologiques 10
1.3.4 Les conséquences de la dépression anténatale 11
1.3.5 Les traitements 12

1.4 Recommandations sur lesquelles s'appuie la prévention 17
1.4.1 Définition de la prévention selon l'OMS 17
1.4.2 L'entretien du 4ème mois 18
1.4.3 Outil de dépistage validé – Recommandations d'utilisation 20

2 SECONDE PARTIE : ETUDE 21

2.1 Problématique 21

2.2 Hypothèses et objectifs 21

2.3 Méthodologie de l'étude 22

2.4 Les résultats de l'étude 23
2.4.1 Le profil des professionnels 23
2.4.2 La pratique de l'entretien du 4ème mois 24
2.4.3 La formation initiale et continue 24
2.4.4 La consultation 25
2.4.5 Le dossier obstétrical 26
2.4.6 Connaissances des professionnels de santé 27
2.4.7 Les outils 28
2.4.8 Lien dépression anténatale / dépression post natale 28
2.4.9 Le travail en réseau 30

3 TROISIEME PARTIE : DISCUSSION 31

3.1 Validation / infirmation des hypothèses 31
3.1.1 La formation initiale / continue 31
3.1.2 Les outils mis à disposition des professionnels de santé 32
3.1.3 La transmission du recueil de données 34
3.1.4 La dimension émotionnelle 35

3.2 Autres questions soulevées par l'étude 36

3.3 Biais et limites 38

CONCLUSION **39**

BIBLIOGRAPHIE **40**

ANNEXES **45**

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Liste des figures

FIGURE 1 : REPARTITION DES PROFESSIONNELS AYANT REPONDU AU QUESTIONNAIRE 23

FIGURE 2 : NOMBRE D'ANNEES D'EXPERIENCE PROFESSIONNELLE 23

FIGURE 3 : LA PRATIQUE DE L'ENTRETIEN DU 4EME MOIS 24

FIGURE 4 : LA FORMATION INITIALE CONCERNANT LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES 24

FIGURE 5 : DUREE PREVUE D'UNE CONSULTATION 25

FIGURE 6 : LES RAISONS DU DEPASSEMENT DU TEMPS IMPARTI A CHAQUE CONSULTATION 25

FIGURE 7 : LE DOSSIER OBSTETRICAL, UN OUTIL ADEQUAT ? 26

FIGURE 8 : RAISONS POUR LESQUELLES LE DOSSIER N'EST PAS REMPLI DE FAÇON SYSTEMATIQUE 27

FIGURE 9 : MOTS CLES LES PLUS CITES POUR DEFINIR UN ETAT DEPRESSIF 27

FIGURE 10 : UTILISATION D'OUTILS SPECIFIQUES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE 28

FIGURE 11 : LIEN ENTRE LA DEPRESSION PRE ET POSTNATALE 28

FIGURE 12 : AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION PERINATALE 29

FIGURE 13 : ORIENTATION DES PATIENTES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE 30

FIGURE 14 : LE RESSENTI DES PROFESSIONNELS DE SANTE QUANT AU RETOUR DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES 30

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Liste des annexes

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE ETUDE 46

ANNEXE II : CONDITIONS DE DIALOGUE ET TECHNIQUES DE COMMUNICATION 50

ANNEXE III : ECHELLE DE DEPRESSION (EPDS) 51

ANNEXE IV : LES PRINCIPAUX THEMES A ABORDER 53

ANNEXE V : LES PRINCIPAUX FACTEURS DE VULNERABILITE 54

ANNEXE VI : LE DOSSIER DE LA MATERNITE D'ORSAY 55

ANNEXE VII : EXEMPLE FICHE DE LIAISON ENTRETIEN DU 4EME MOIS 56

Lexique

HAS : Haute Autorité de Santé

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TIP : Thérapie Interpersonnelle

TC : Tricycliques

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

IMAO : Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

La prévention de la dépression anténatale

La survenue de la dépression anténatale est une situation fréquente puisqu'elle touche plus d'une femme sur dix. Cela fait de cette pathologie une réelle préoccupation de santé publique.

Objectifs

Le but de notre étude est de savoir si les outils de dépistage mis à disposition des professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) sont suffisamment adaptés et utilisés à bon escient.

Matériel et méthodes

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire qualitatif et multicentrique adressé aux professionnels de santé.

Résultats

L'entretien du 4ème mois semble être un moment clé pour mettre en place une prévention précoce de la dépression anténatale. L'utilisation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) permettrait d'anticiper les difficultés et chercher plus tôt des solutions.

Mots-clés : Dépression anténatale, grossesse, anxiété, facteurs de vulnérabilités, entretien du quatrième mois, EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Prevention of antenatal depression

The occurrence of antenatal depression is a frequent situation because it affects more than one in ten women. This makes this condition a real public health concern.

Objective

The aim of our study is whether screening tools available to health professionals (midwifes and obstetricians) are sufficiently adapted and used wisely.

Methods

The study was conducted through a qualitative and multicenter questionnaire for health professionals.

Results and conclusion

The maintenance of the 4th month seems to be a key time to implement early prevention of antenatal depression.

The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) could help anticipate problems and find solutions earlier.

Keywords : Antenatal depression, pregnancy, anxiety, factors of vulnerability, interview of the fourth month, Edinburgh postnatal depression scale.

Introduction

Jusque très récemment, la dépression prénatale n'était entrevue que comme un facteur de risque pour les troubles de l'humeur après la naissance de l'enfant et non comme un trouble en soi.
Plusieurs études ont montré que la dépression gravidique n'était pas seulement un facteur de risque de dépression du post partum [1] [2] mais aussi une pathologie à part entière.
Des études modernes corroborent les observations cliniques de Louis-Victor Marcé, père de la psychopathologie périnatale, qui dès le XIXème siècle, avait explicitement signalé ce lien. [3]

La dépression prénatale est aujourd'hui mieux connue. La plupart des recherches mettent en avant une prévalence de 10 à 20% [4], ce taux se trouvant être plus élevé que celui de la dépression postnatale. [5]
Les études rétrospectives notent que chez 10 à 20% des femmes qui souffrent de dépression du post partum, 40% souffraient de manifestations dépressives pendant la grossesse.
L'étude de la dépression prénatale suggère plusieurs questions, notamment celle des conséquences sur la dyade mère-bébé.
Pouvoir dépister et traiter la symptomatologie dépressive en période prénatale représente un enjeu important, dans la mesure où ce trouble aurait un impact sur la relation mère enfant.

La survenue de la dépression pendant la grossesse est une situation fréquente potentiellement grave en l'absence de traitement. Cette dépression est bien distincte de la dépression du post partum. Elle soulève de nombreuses questions quant à ses complications et aux possibilités thérapeutiques. La validation d'outils de dépistage est souhaitable.

La possibilité d'une prévention psychique précoce réelle et bien traitante passe par la possibilité pour les professionnels du périnatal, non spécialistes du psychisme, d'acquérir des repères utilisables pour constater l'existence de risques psychiques.
Ce n'est qu'en couplant la notion de facteurs de vulnérabilité avec celles de signes observés que nous pouvons passer d'une prévention du soupçon (sur le risque présumé) ou d'une prévention à panier percé (les situations non repérées) à une prévention prévenante.

Afin de prévenir la survenue de la dépression prénatale l'HAS (**H**aute **A**utorité de **S**anté) recommande qu'au cours des consultations prénatales et de l'entretien du quatrième mois, soient recherchés des signes évoquant une dépression (facteurs de vulnérabilité, « clignotants »).

Dans une première partie, nous rappellerons un bref historique de la psychopathologie périnatale puis une description de l'état psychique physiologique de la grossesse et tout particulièrement une présentation générale de la dépression anténatale.
Les résultats de notre étude faite par un questionnaire remis aux professionnels de la périnatalité, seront exposés en deuxième partie pour être analysés et discutés en troisième partie.

1 Première partie : Cadre conceptuel

1.1 Historique

La grossesse est le siège de modifications importantes, tant sur le plan physique, que sur le plan psychique. Certaines pathologies peuvent survenir au cours de la grossesse, qu'elles en soient spécifiques ou non. Il est possible de voir émerger certains troubles psychiatriques. Le fait est connu depuis toujours comme le signalait déjà en son temps Hippocrate (460-380 av JC). [6]

Au XIXème siècle, J. Esquirol, psychiatre français publie une description clinique « des nouvelles accouchées et des nourrices » grâce à une première enquête psychiatrique systématique (1838). [7] [3]

Sur le plan étiologique, J. Esquirol évoque la notion de « causes pré disposantes », que sont les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les antécédents de troubles lors des grossesses antérieures ou pendant la lactation et les « causes existantes », comme les écarts de régime et les affections morales. [3]

En 1858, J. Esquirol puis son élève L. Marcé sont novateurs dans la spécificité psychique de la puerpéralité.

Dans les 100 ans qui suivent, on retrouve peu de publications concernant la psychiatrie périnatale.

Dans les années 1950, surtout en Angleterre, la psychiatrie périnatale est née en tant que pratique institutionnelle.

En France dans les années 1970, P.C Racamier [8] (psychiatre) organise pour la première fois des hospitalisations mère-bébé. A la même époque, E. Papiernik ainsi que M. Bydlowski (neuropsychiatre et psychanalyste) parlent de « névrose traumatique post obstétricale ». [9]

Mais ce n'est qu'en 1979 qu'est crée la première unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé en France à l'hôpital intercommunal de Créteil.

Si les désordres de l'humeur durant le post partum particulièrement *babyblues*, *dépression post natale, psychoses puerpérales* ont donné lieu à de nombreuses études et publications, ceux apparaissant durant la grossesse ont été relativement négligés. [10] [11] [12] [13]

Les troubles anxieux ont bénéficié d'un récent regain d'intérêt, les derniers travaux ayant confirmé que la grossesse et l'établissement des premiers soins étaient propices à leur apparition, leur récidive, voire leur aggravation. [14]

La psychologie clinique périnatale actuelle est née récemment d'une pratique clinique interdisciplinaire où la psychiatrie de la puerpéralité joue un rôle essentiel. Son histoire est le meilleur guide pour comprendre les enjeux actuels de la psychologie clinique périnatale.

La psychiatrie périnatale s'est forgée autour de la clinique des troubles psychotiques, dépressifs, anxieux et du risque suicidaire chez la femme enceinte et en post partum. Aujourd'hui, elle élargit son spectre dans une perspective de large prévention. Elle s'ouvre à la diversité des dysfonctionnements de la parentalité.

1.2 Processus psycho dynamiques à l'œuvre pendant la grossesse

La grossesse est une période d'intenses transformations physiques et psychiques pendant laquelle la femme enceinte va s'adapter, s'accommoder, se préparer à la venue d'un être nouveau. La femme va ainsi passer du statut de fille de sa propre mère à celui de mère. Pour P.C Racamier et al. [8] il s'agit du processus de maternalité qui se compose de mécanismes de changement. Ce mécanisme débuterait même en amont de la première grossesse, avec le désir d'avoir un enfant et de devenir mère.

Ces transformations ne se font pas sans écueils, c'est au cours de la grossesse que certaines femmes vont développer des troubles psychopathologiques. Avant de pouvoir évaluer le risque de dépression anténatale, nous allons décrire les modifications psychiques au cours de la grossesse.

1.2.1 La grossesse comme crise maturative de la psyché féminine

Selon Bibring (1959) [15] les changements intervenus au cours de la première grossesse seraient identiques aux changements de l'adolescence du fait des bouleversements somatiques, hormonaux, psychologiques et sociologiques.

En effet, du fait des transformations corporelles et hormonales, l'image du corps est bouleversée. La grossesse s'accompagne également d'un changement de statut social et de l'accession à une nouvelle responsabilité : élever un enfant. La future mère n'est plus seulement la fille de sa mère, elle devient la mère de son enfant.

Ces transformations sont à l'origine de la vulnérabilité particulière de la femme enceinte. Cette dernière peut vivre ces transformations comme une menace à son intégrité.

1.2.2 La transparence psychique

Liée à la crise maturative, elle est un élément primordial que les soignants doivent prendre en compte pendant la grossesse car ce phénomène peut favoriser l'émergence de conflits anciens. Toutefois, si le professionnel de santé n'est pas en capacité de recevoir les paroles de la future mère et de l'accompagner de manière adaptée, le risque de iatrogénie est majeur.

Les futures mères ont fréquemment des remémorations de leur enfance, de leur relation à leurs propres parents, des aspects qu'elles ont appréciés ou trouvés difficiles. Ces souvenirs plus ou moins modifiés de leur enfance permettent aux femmes enceintes de se créer des représentations de leur futur enfant et d'elle-même en tant que mère et de se préparer à leur futur rôle parental.

Pour M. Bydlowski (1991) [16], dès les premières semaines de la grossesse, l'équilibre de la jeune femme est ébranlé. Un état relationnel particulier se développe, un appel à l'aide latent, ambivalent et quasi permanent, tout comme à l'adolescence.

La femme peut vivre un certain retrait du monde extérieur, son activité professionnelle, même fortement investie, est en perte de vitesse ainsi que ses relations affectives, même passionnelles. Pour cette femme, il peut apparaître une réactivation du passé avec des réminiscences anciennes et des fantasmes habituellement oubliés.

1.2.3 La préoccupation maternelle primaire

D.W. Winnicott, en 1956 [17], décrit un état psychique particulier se développant graduellement pendant la grossesse, que l'on observe dans son tableau complet chez les femmes récemment accouchées, qui dure plusieurs semaines après la naissance de l'enfant et a tendance à être ensuite refoulé.

Il s'agit d'un fonctionnement psychique caractérisé par un repli narcissique nécessaire pour accueillir l'enfant et permettre à la mère d'atteindre ce stade d'hypersensibilité qui lui permet de s'adapter pleinement aux besoins de son nouveau-né.

On notera que selon Winnicott, la mère doit être en bonne santé pour atteindre cet état et s'en guérir lors de la naissance de l'enfant. [18]

1.2.4 Narcissisme et grossesse

Etre parent est une source de satisfaction narcissique, le parent s'identifiant à ses propres parents, à leur puissance, leur autorité et aux autres qualités qu'il a perçues ou imaginées à leur sujet. Le futur parent doit renoncer à être lui-même « l'enfant merveilleux » (effet de la relation narcissique de la mère à son enfant et inversement).

1.2.5 L'ambivalence affective

L'ambivalence désigne la coexistence d'attitudes affectives opposées vis-à-vis d'un objet, et le plus souvent la coexistence de l'amour et de la haine pour une même personne.

Ainsi, au désir que l'enfant vive, peut s'associer le désir inverse qu'il ne vive pas. L'ambivalence par rapport à la grossesse est normale, elle est inhérente au conflit même de la maternalité.

1.3 Présentation de la dépression anténatale

Les professionnels de la périnatalité, à travers la clinique du post partum se sont penchés sur le début de la grossesse et ont décrit la dépression anténatale ou pré partum.

1.3.1 Epidémiologie

Les récentes revues épidémiologiques concluent à une prévalence de 5 à 15% pour la dépression anténatale. Le chiffre le plus bas concerne la dépression majeure [19] et rejoint celui de la prévalence de la dépression dans la population générale sur un an, durée comparable aux neuf mois d'une grossesse. La grossesse ne protège donc pas de la dépression.

Ce taux peut aller jusqu'à 26% dans les concentrations urbaines défavorisées. [20].

La dépression anténatale potentialise le risque d'une dépression postnatale, infiltrant les relations avec le bébé.

1.3.2 Tableau clinique

La dépression anténatale est parfois difficile à identifier par les professionnels de la périnatalité en raison de la ressemblance entre certains symptômes de la dépression et les maux classiques de la grossesse.

La symptomatologie n'est pas spécifique de la grossesse, mise à part la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité concernant la maternité.

La patiente dépressive associe diversement tristesse et anhédonie (tristesse et perte des plaisirs qui envahissent tous les domaines de l'existence). Ces deux symptômes entre autres sont nécessaires au diagnostic de la dépression selon les classifications internationales. [14]

<u>Mais on peut aussi observer dans la dépression</u> : [11] [14] [21]

- Une anticipation péjorative de l'avenir
- Une réduction du désir en général

- Une restriction des investissements
- Une mésestime de soi
- Une irritabilité
- Rarement des idées suicidaires

De nombreux signes fonctionnels s'ajoutent à ces manifestations subjectives : [11] [14] [22]

- Réduction de l'appétit / nausées / vomissements
- Troubles du sommeil / asthénie
- Réduction de la libido
- Ralentissements psychomoteurs

Le diagnostic peut être délicat, surtout au premier et au troisième trimestre de la grossesse, lorsque les préoccupations ou les modifications corporelles se confondent avec des manifestations dépressives.

L'anxiété et la dépression sont souvent co-concurrentes pendant la grossesse et semblent s'influencer mutuellement. [23]

L'anxiété spécifique de la grossesse se définit comme des inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse. Au premier et au dernier trimestre de la grossesse, cette anxiété est plus fréquente. Elle est favorisée par des antécédents de complications lors d'une grossesse antérieure.

Les principaux thèmes de cette anxiété sont : [24]

- Les modifications corporelles
- L'état du fœtus (malformations, mort)
- Le déroulement du travail et de l'accouchement
- Les conduites de maternage auprès du bébé.

Cette anxiété participe aux changements de caractère, à une certaine irritabilité, à des envies alimentaires mais aussi à des troubles du sommeil.

1.3.3 Facteurs étiologiques

Certains facteurs prédisposent à un trouble psychique de la grossesse. Il s'agit de facteurs favorisants et de situations de vulnérabilité qui ne sont pas des facteurs de causalité directe.

Les facteurs liés à une vulnérabilité psychique : [11] [14] [25]

- Fragilité de l'identité et conflits psychiques liés à la grossesse
- Antécédents de carences affectives, de maltraitance, d'abus sexuels pendant l'enfance
- Antécédents personnels de troubles psychiatriques
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques

Les facteurs gynécologiques et obstétricaux : [11] [14] [25]

- La primiparité
- L'interruption de grossesse, volontaire ou médicale
- La suspicion de malformation anténatale
- La prise en charge dans un parcours d'aide médicale à la procréation

Les facteurs psychosociaux et histoire personnelle : [11] [14] [25]

- La grossesse non désirée
- L'âge jeune notamment l'adolescence
- Les conflits conjugaux
- Le décès d'un enfant
- Le deuil périnatal d'une proche personne
- Les évènements de vie stressants pendant la grossesse
- L'isolement familial et social

- L'isolement maternel
- La précarité socio-économique
- Un moindre suivi de la grossesse

Les comportements maternels à risque : [11] [14] [25]

- Tabagisme
- Usage d'alcool ou de drogues

Les facteurs culturels : [11] [14] [25]

Concernent particulièrement les femmes migrantes : langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la grossesse.

1.3.4 Les conséquences de la dépression anténatale

Le risque majeur de la dépression anténatale est de se poursuivre en post natal et de perturber les relations mère-bébé.

1.3.4.1 Pour la femme

Il faut noter qu'un trouble anxiodépressif, non suffisamment traité, risque d'induire une souffrance psychique chez la mère ainsi que des conséquences sociales, professionnelles et affectives.

Les autres risques potentiels sont : [26]

- Moindre suivi de grossesse
- Tendance à moins respecter les recommandations des professionnels de santé [27]
- Risque augmenté d'avoir une prise de poids inadaptée [28]
- Augmentation du nombre de consultations par rapport aux femmes non déprimées [29]

- Moindre qualité des soins apportés au nouveau-né ainsi que des troubles de l'attachement

1.3.4.2 Pour le fœtus

De nombreux travaux documentent l'importance de la dépression périnatale sur l'enfant, ceci depuis la période « in utero » jusqu'à l'âge adulte [30] [31]. Il est observé des modifications subtiles mais péjoratives du développement physique, intellectuel et psychoaffectif de l'enfant.

Les changements hormonaux associés à la dépression maternelle et au stress vont avoir un impact sur le développement du fœtus [32]. Les états dépressifs sévères tendent à augmenter la quantité de cortisol maternel libérée dans la circulation sanguine [33] [34]. Cette élévation est associée à un risque de retard de croissance, de prématurité [32] et de futurs retards du développement de l'enfant [33] [35].

1.3.5 Les traitements

1.3.5.1 Les méthodes psychothérapeutiques

Selon la littérature, deux psychothérapies ont été validées pour le traitement des troubles anxiodépressifs de la grossesse.

Il s'agit de :

- **La TCC** (Thérapie Comportementale et Cognitive). C'est une thérapie brève qui vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.

- **La TIP** (Thérapie interpersonnelle). Thérapie limitée dans le temps qui encourage le patient à regagner le contrôle de son humeur et de son fonctionnement. Elle est pratiquée essentiellement aux Etats-Unis.

En cas de troubles anxieux récents, ces méthodes psychothérapeutiques semblent avoir une efficacité comparable aux traitements par psychotropes, être plus efficaces en termes de prévention, et limiter les rechutes ou les récidives. [26]

Cependant pour une bonne évaluation de la méthode thérapeutique utilisée, il faut prendre en compte d'autres facteurs comme :

- **L'alliance thérapeutique** (thérapeute/patient) signifie l'acte par lequel deux personnes s'allient et contractent un engagement réciproque.
- **La compréhension du traitement** par le patient

Il semble important de souligner qu'il est possible d'associer à ces méthodes psychothérapeutiques des interventions psychosociales. [36]

Ces interventions sont des modalités d'aide et de soutien comme :

- La préparation à l'accouchement
- Les groupes de paroles avec ou sans intervention d'un psychologue
- Les visites à domicile par des sages-femmes
- Des séances d'acupuncture, de relaxation, de sophrologie.

Ces interventions, ciblées sur des sujets à risque, en continuité dans le pré- et le post partum, avec un rythme soutenu, pourraient voir leur efficacité préventive augmentée. [37]

L'ensemble des liens créé avec les femmes pendant la grossesse est un véritable atout pour traiter une dépression déjà présente en anténatal, mais aussi pour sensibiliser au problème de la dépression post natale.

La confiance, si elle a pu s'installer, favorise une prise en charge thérapeutique plus précoce.

1.3.5.2 Les traitements médicamenteux

Les antidépresseurs sont un outil thérapeutique puissant, leur indication doit être prudente et justifiée.

Il demeure essentiel d'évaluer la balance bénéfice-risque lors de leur indication.

La prescription de psychotropes durant la grossesse porte principalement sur deux types de risques : la tératogénèse et la foetotoxicité.

On peut distinguer trois grandes classes d'antidépresseurs : [37]

→**Les tricycliques** (TC), ils inhibent la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine associée à une action parasympatholytique centrale et anti dopaminergique.

Les principaux antidépresseurs « tricycliques »

Amitriptyline (Laroxyl®, Elavil®)
Amoxapine (Défanyl®)
Clomipramine (Anafranil®)
Imipramine (Tofranil®)

→ **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS). Ce sont des produits plus récents que les TC.

Ils sont généralement mieux tolérés en début de prescription.

Les principaux ISRS et apparentés

Citalopram (Seropram®)
Escitalopram (Seroplex®)
Fluoxétine (Prozac®)
Paroxétine (Deroxat®, Divarius®)
Sertraline (Zoloft®)

→ **Les inhibiteurs de la monoamine oxydase** (IMAO). Ils existent de nombreuses contre-indications. De plus très peu d'études concernent son éventuelle tératogénicité. Ils doivent donc être évités durant la grossesse y compris pour les inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase A tel le moclobémide (Moclamine®).

1.3.5.2.1 Les risques tératogènes

Aucune classe d'antidépresseurs (TC ou ISRS) ne modifie le taux global de malformations. Cependant la **paroxétine** pourrait être associée à un risque augmenté de CIA et CIV (risque relatif ≈ 2). [37]

Tous les TC et ISRS commercialisés en France à l'exception de la **paroxétine** (citalopram®, fluoxétine®, ect.) peuvent donc, à priori être prescrits au premier trimestre, si indiqués. [37]

Lors de leur indication, il est souhaitable de consulter le CRAT (**C**entre de **R**éférence sur les **A**gents **T**ératogènes).

1.3.5.2.2 Les syndromes périnataux

Suite à l'administration d'antidépresseurs en fin de grossesse chez la mère, il est clairement attesté l'existence de troubles, presque toujours bénins et souvent de durée brève chez le nouveau né. [38] [39]

Cependant, il est difficile de distinguer les troubles secondaires au sevrage de ceux liés à l'imprégnation.

Le syndrome d'inadaptation néonatale pour les TC associe :

→**Des effets atropiniques** :

- Tachycardie
- Difficulté de succion
- Hypoglycémie
- Rétention urinaire
- Distension abdominale avec retard à l'émission de méconium
- Hyperexcitabilité parfois associée à des convulsions

→**Des signes de détresse respiratoire** survenant typiquement dans les trois jours suivants la naissance

- Polypnée
- Cyanose

Le syndrome d'inadaptation néonatale pour les ISRS

Le tableau clinique est quasi similaire à celui des TC. Mais on note plus spécifiquement, la faiblesse des cris et une moindre réactivité à la douleur.

1.4 Recommandations sur lesquelles s'appuie la prévention

1.4.1 Définition de la prévention selon l'OMS

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

L'**O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté (O.M.S), distingue la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire : Elle comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

Cette conception de la prévention débouche inévitablement sur un programme très vaste d'amélioration de la qualité de vie et de réforme des institutions sociales.

Dans le cas de la dépression anténatale : les professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) doivent effectués une anamnèse complète ; être attentifs et à l'écoute des femmes en consultations prénatales, afin de repérer au mieux les facteurs de vulnérabilité.

La prévention secondaire : Elle vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées.

Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.

La prévention tertiaire : Elle tend à éviter les complications pour les maladies déjà présentes. Elle étend la prévention au domaine de la réadaptation.

1.4.2 L'entretien du 4ème mois

Avant 2006, le suivi de grossesse, réalisé par un médecin ou une sage-femme, était composé de 7 examens prénataux obligatoires (Décret du 14 février 1992). Ces examens étaient complétés par des séances collectives de préparation à la naissance.

1.4.2.1 Les textes de références

Trois textes de références concernent cet entretien du 4ème mois :

→ **Le Plan Périnatalité 2005-2007** « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ». Il définit cet entretien comme étant « *l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance..* ». [40]

→ **La circulaire de F. Molénat** relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité propose plusieurs recommandations afin d'améliorer l'organisation de l'entretien prénatal précoce et de développer les réseaux de santé en périnatalité. [41]

→ **La préparation à la naissance et à la parentalité** (HAS en 2005). [42]

Le Plan Périnatalité 2005-2007 institutionnalise l'entretien prénatal. La Loi du 5 mars 2007 réformant la Loi de la Protection de l'Enfance a rendu cet entretien systématique, connu sous le nom de « Entretien Précoce Prénatal ». Cette loi stipule que l'entretien prénatal doit être proposé systématiquement à toutes les femmes et qu'il peut être individuel ou en couple.

Ces programmes de dépistage de routine de la dépression et de l'anxiété périnatale représentent un coût additionnel pour les systèmes de santé. Cependant, il est actuellement reconnu que ce coût est nettement inférieur à celui engendré par les conséquences des troubles de la santé mentale des parents sur le développement de l'enfant. [43]

1.4.2.2 Les objectifs de l'entretien du 4ème mois

Cet entretien prénatal intègre la dimension affective dans le processus de la naissance. Il est perçu comme un changement de culture, tant au sein de la médecine que du champ de la « santé mentale ».

Cet entretien est présenté à la femme enceinte comme une consultation différente d'une consultation médicale habituelle.

Des conditions de dialogue et des techniques de communication sont préconisées pour le bon déroulement de cet entretien. (***Annexe II***)

Il s'agit d'un entretien d'écoute et d'échange avec un professionnel ayant pour objectifs : |40] [41] [42]

- Informer sur le parcours du suivi de grossesse
- Informer le couple ou la femme de leurs droits : congés maternité et paternité, droits du travail et droits sociaux
- Informer sur les lieux de naissance
- Rechercher les antécédents personnels et familiaux
- Identifier d'éventuelles difficultés psychologiques ou sociales
- Renforcer les compétences parentales
- Aider à établir un projet de naissance

Le Plan Périnatalité 2005-2007 précise « *L'offre aux parents d'une écoute attentive de leurs attentes et questions, le recueil précoce des facteurs de stress, ne devraient pas être considérés comme un acte « à part », mais comme la porte d'entrée à une réintégration nécessaire de la dimension affective dans le processus humain qu'est la naissance, donnant son plein sens à une démarche attentive de prévention, à l'opposé de toute stigmatisation* ».

Dans sa circulaire, F. Molénat préconise que l'entretien prénatal doit se faire avec des professionnels (sage-femme ou médecin) expérimentés déjà sensibilisés et formés pour valider une manière de faire et s'assurer de l'évolution par des retours d'information.

De plus, il est important de préciser que cet entretien peut se faire en dehors de la maternité, lors d'un suivi en libéral ou en centre de PMI (**P**rotection **M**aternelle et **I**nfantile).

1.4.3 Outil de dépistage validé – Recommandations d'utilisation

Le Rapport de Gaynes [44], pour « l'Agency for Health Care Ressearch and Quality », concernant la dépression périnatale, a passé en revue les différents instruments de « screening » de la dépression périnatale. Il a conclu que l'instrument le mieux adapté pour détecter un épisode de dépression majeure durant cette période est l'**EPDS** (« **E**dimburgh **P**ostnatal **D**epression **S**cale »), questionnaire constitué de 10 questions. (***Annexe III)***

Récemment, Marcus & Heringhausen [45] ont conseillé d'utiliser un « cut off » supérieur à 9 durant la grossesse.

Un score élevé à l'EPDS n'est que prédictif pour un état dépressif, le diagnostic doit ensuite être posé par un professionnel de santé expérimenté.

2 Seconde partie : Etude

2.1 Problématique

J'ai été interpellé en lisant des études rétrospectives notant que chez 10 à 20% des femmes qui souffrent de dépression du post partum, 40% souffraient de manifestations dépressives pendant la grossesse. [22]

Les sages-femmes et obstétriciens sont de véritables acteurs de santé publique qui jouent un rôle de prévention de haute importance.

Nous avons donc décidé, à travers ce travail, de nous placer du coté des professionnels (lors des consultations prénatales) pour savoir si ces derniers avaient réellement les ressources pour repérer les facteurs de vulnérabilité.

2.2 Hypothèses et objectifs

Le but de notre étude est de savoir si les outils mis à disposition des professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) sont suffisamment adaptés, et utilisés à bon escient.

L'objectif principal est de déterminer si la prévention de la dépression anténatale est effectuée ou non.

Si cette dernière n'est pas effectuée, quelles en sont les raisons ?

Si cette dernière est effectuée : à quelle période, avec quels supports, et comment est relayé le recueil de données ?

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Les professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) ne reçoivent pas de formation initiale et continue suffisante pour le dépistage précoce de la dépression anténatale
- Les professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) ont à leur disposition des outils adéquats qu'ils ne semblent pas maitriser.
- Au sein des professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens), les transmissions entre les différents acteurs de la périnatalité restent à approfondir.
- La dimension émotionnelle de la grossesse est toujours mal prise en compte.

2.3 Méthodologie de l'étude

Afin de répondre au mieux aux objectifs de cette étude, il semblait judicieux de réaliser un questionnaire qualitatif et multicentrique **(*Annexe I*)** adressé aux sages-femmes et aux obstétriciens.

Il a été adressé soit par mail aux sages femmes libérales et gynécologues-obstétriciens des Yvelines (78), soit remis en main propre aux sages-femmes du centre hospitalier de Poissy (78).

J'ai ciblé particulièrement l'hôpital de Poissy (78) en raison du niveau III de sa maternité, ce qui implique :

- Un nombre important de consultations donc de pathologies
- Un nombre importants de professionnels de santé

Le questionnaire comporte 24 questions (QCM, QCS, QROC)

Il a été distribué 250 questionnaires. Sur les 250 questionnaires, 63 sont revenus remplis mais seulement 52 étaient exploitables. Soit un taux de questionnaires exploitables de 21%.

2.4 Les résultats de l'étude

2.4.1 Le profil des professionnels

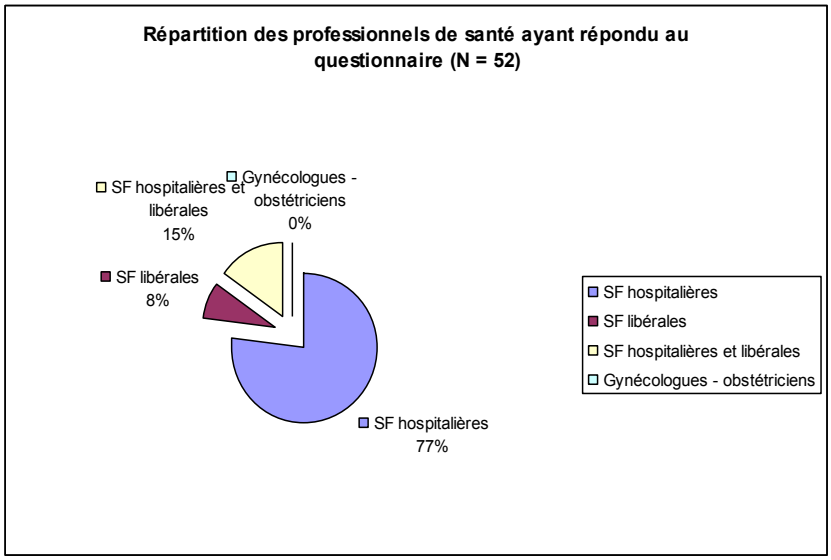


Figure 1 : Répartition des professionnels ayant répondu au questionnaire

La difficulté majeure rencontrée est d'une part le peu de réponses et surtout le peu de réactivité des professionnels libéraux.

Nous déplorons qu'aucun obstétricien n'ait eu la possibilité de répondre au questionnaire.

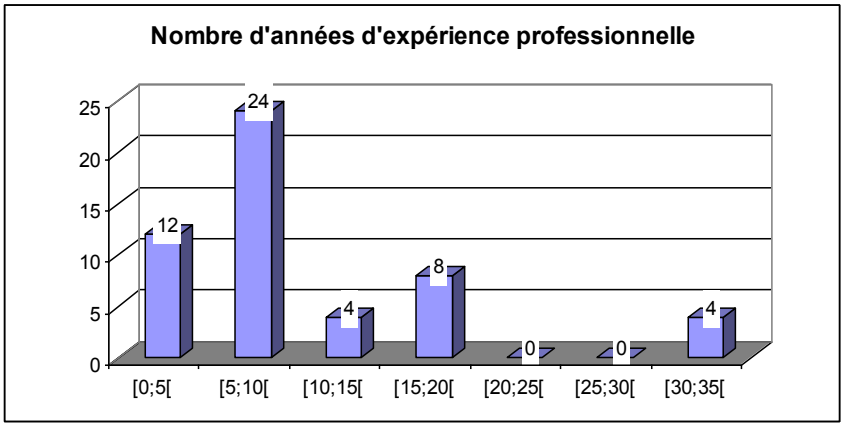


Figure 2 : Nombre d'années d'expérience professionnelle

Ce diagramme ne concerne que les sages-femmes. La majorité des sages-femmes ont entre 5 et 10 ans d'exercice.

2.4.2 La pratique de l'entretien du 4ème mois

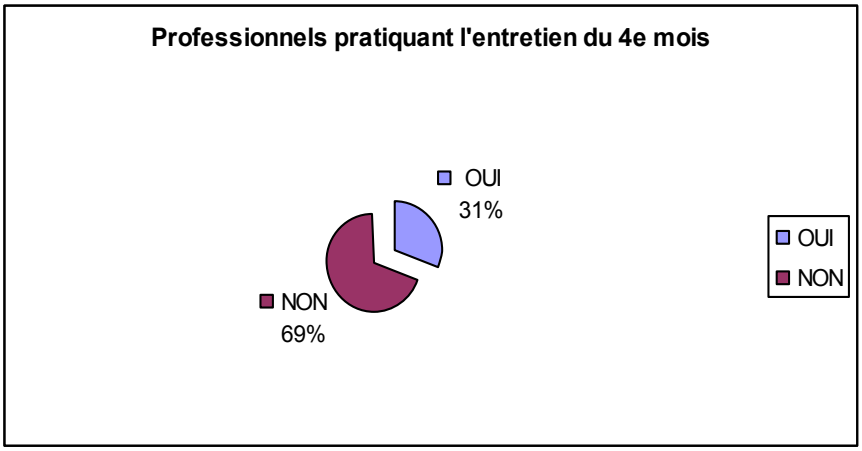


Figure 3 : La pratique de l'entretien du 4ème mois

On remarque que seulement 31% des professionnels ayant répondu à l'étude pratique l'entretien du 4ème mois.

Cependant 100% des professionnels qui le pratiquent ont suivi une formation particulière pour la pratique de cet entretien.

100% des professionnels qui pratiquent l'entretien du 4ème mois ont une activité libérale.

2.4.3 La formation initiale et continue

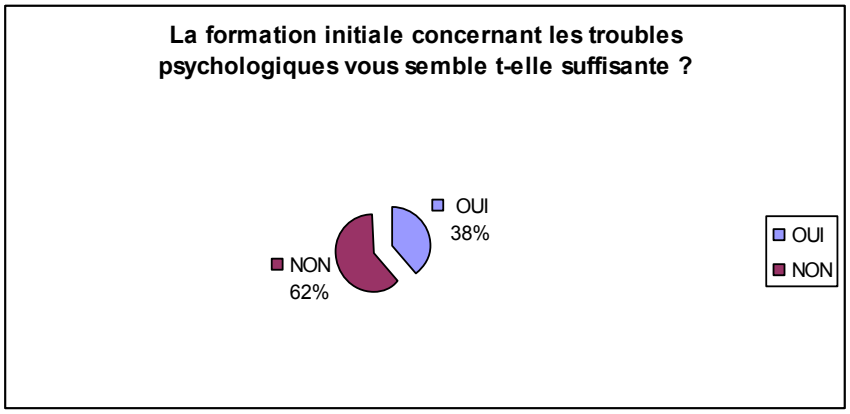


Figure 4 : La formation initiale concernant les troubles psychologiques

Concernant la formation continue, 50% des sages-femmes de notre étude ont assisté à des formations ou des séminaires sur le thème de la dépression périnatale.

2.4.4 La consultation

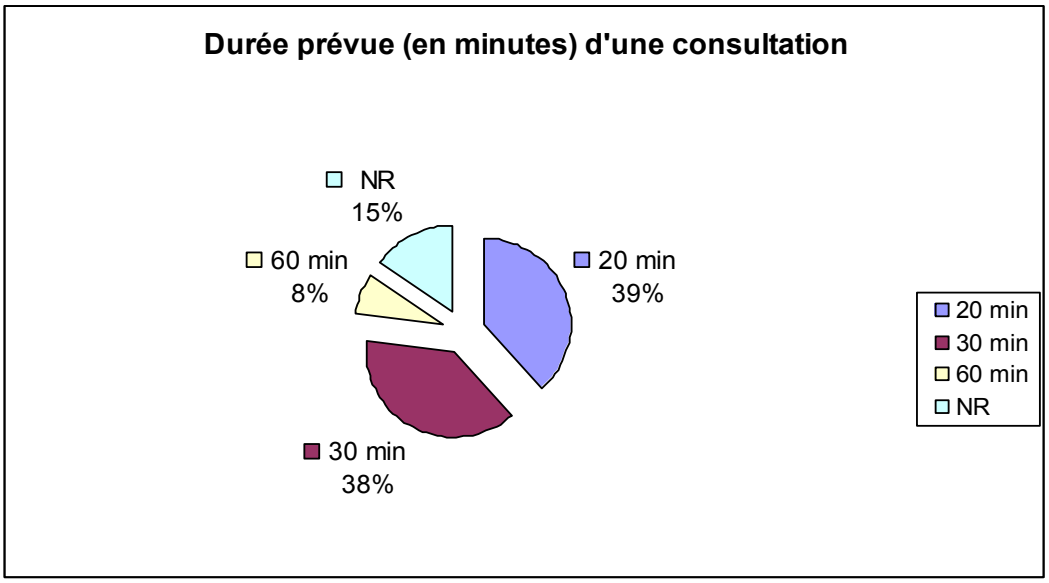


Figure 5 : Durée prévue d'une consultation

La durée moyenne d'une consultation étant d'environ 25 minutes.

Lorsque le temps imparti a été dépassé, nous avons essayé d'en comprendre les raisons.

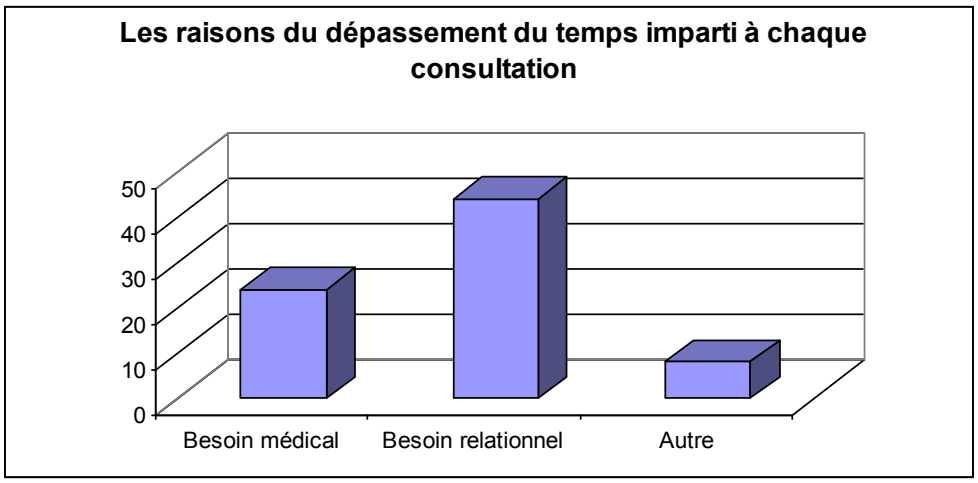


Figure 6 : Les raisons du dépassement du temps imparti à chaque consultation

Il ressort que les femmes enceintes sont en demande d'un temps relationnel avec le professionnel.

2.4.5 Le dossier obstétrical

Dans notre étude, nous avons souhaité étudier comment les professionnels de santé appréhendaient la partie : « recueil de données psychologiques » du dossier obstétrical.

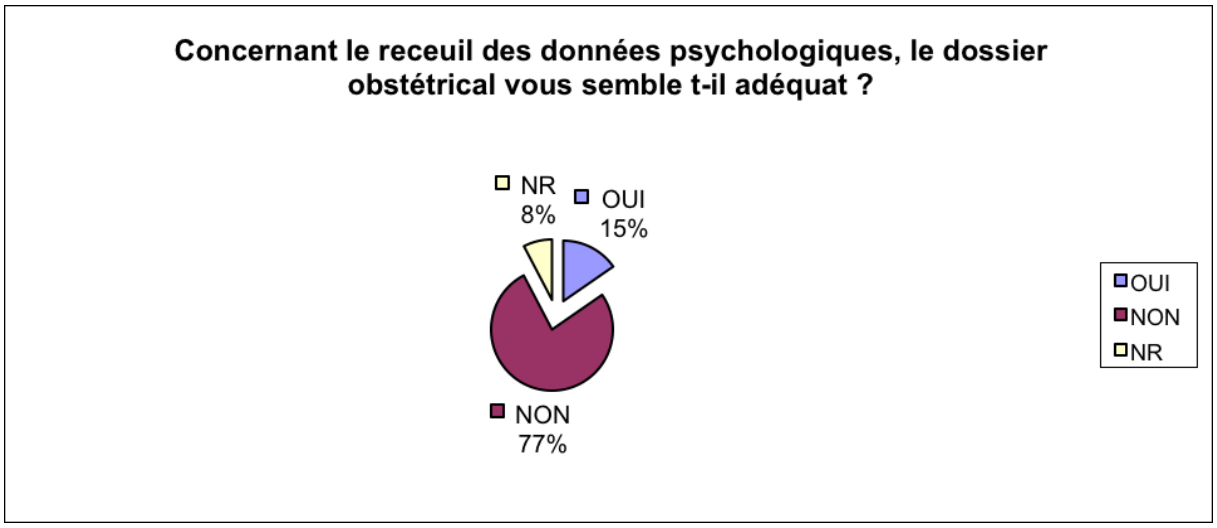


Figure 7 : Le dossier obstétrical, un outil adéquat ?

77% des professionnels de santé estiment que la partie concernant le recueil de données psychologiques du dossier obstétrical n'est pas adéquat.

Nous leur avons donc demandé quelles modifications pourraient être apportées. Voici les réponses :

- Manque de place pour écrire : « ça ne rentre pas dans les cases » !
- La création de rubriques spécifiques / Liste de questions types
- La création d'une rubrique : antécédent de dépression, consultation avec le psychologue
- L'histoire familiale de la patiente et son état émotionnel

Grâce au questionnaire, nous avons pu remarquer que dans environ 50% des cas le dossier obstétrical n'est pas rempli de façon systématique. Nous avons voulu essayer de comprendre pourquoi.

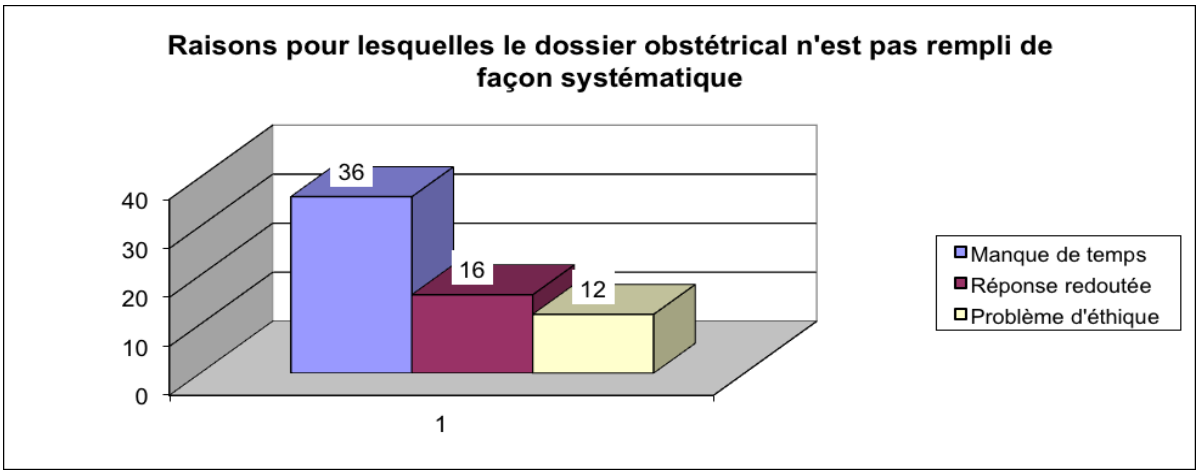


Figure 8 : Raisons pour lesquelles le dossier n'est pas rempli de façon systématique

La raison principale citée serait le manque de temps lors des consultations.

2.4.6 Connaissances des professionnels de santé

Nous avons demandé aux professionnels de santé de décrire en 4 mots clés un état dépressif.

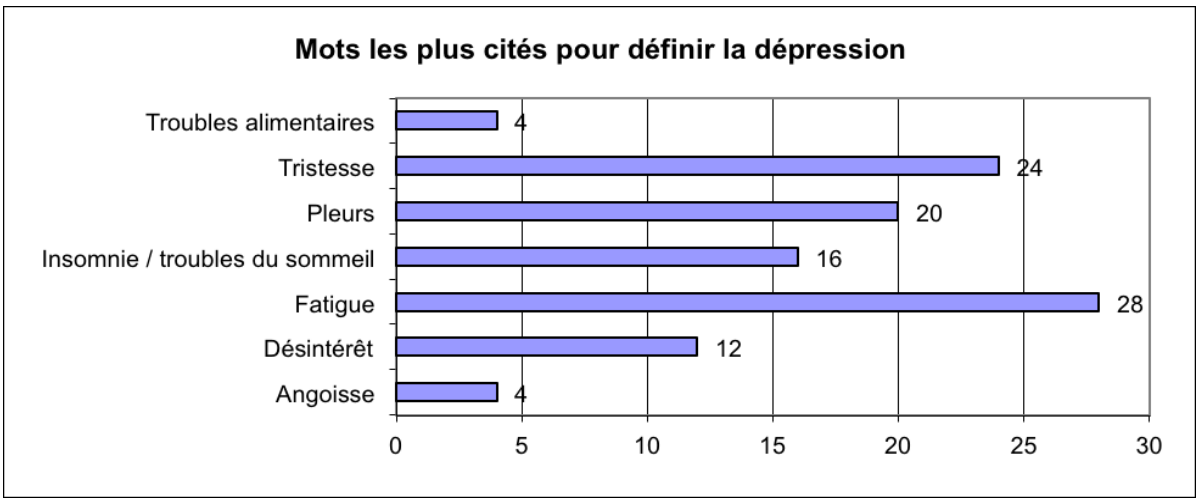


Figure 9 : Mots clés les plus cités pour définir un état dépressif

Il semble intéressant de les comparer aux signes cliniques de la dépression cités dans la première partie.

2.4.7 Les outils

Nous avons souhaité savoir si les professionnels de santé connaissaient des outils spécifiques (échelle, questionnaire) permettant le dépistage de la dépression anténatale.

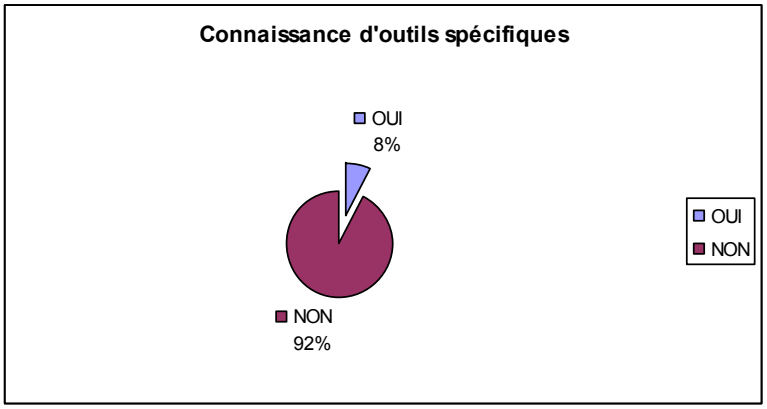


Figure 10 : Utilisation d'outils spécifiques par les professionnels de santé

92% des professionnels de santé interrogés ne semblent pas connaître d'outils spécifiques.

Les 8% qui les connaissent, ne les utilisent pas par crainte de mauvaise utilisation.

2.4.8 Lien dépression anténatale / dépression post natale

En utilisant une échelle de 0 à 10, nous avons évalué le lien qui existe entre dépression anténatale et dépression postnatale pour les professionnels de santé.

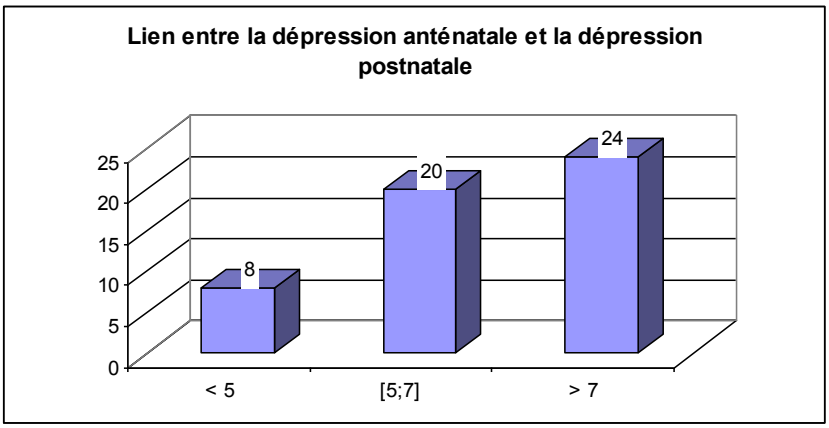


Figure 11 : Lien entre la dépression pré et postnatale

47% des professionnels de santé estiment que le lien entre la dépression anténatale et postnatale est élevé (supérieur à 7), contre 15% qui estiment ce lien inférieur à 5.

Nous leur avons demandé s'ils pensaient qu'une prise en charge précoce était souhaitable afin d'améliorer la prise en charge de la dépression anténatale et dans un second temps la dépression postnatale.

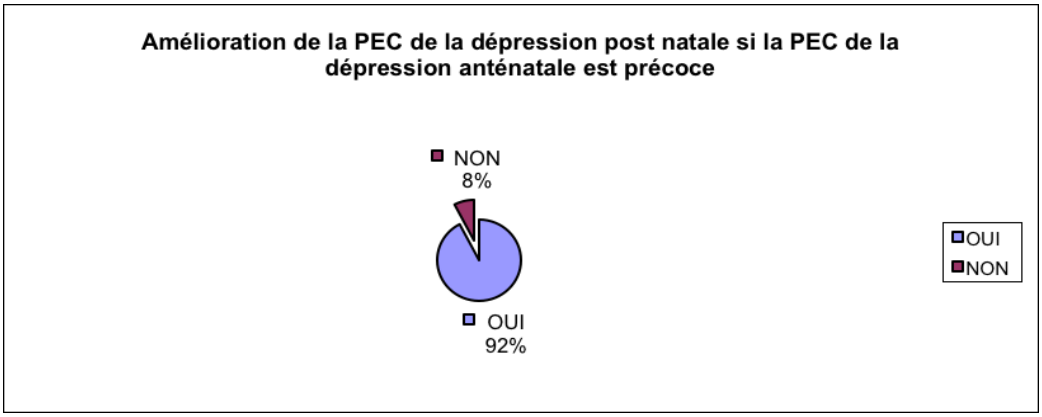


Figure 12 : Amélioration de la prise en charge de la dépression périnatale

Nous constatons, que 92% des professionnels de santé trouvent que cette prise en charge précoce est souhaitable.

2.4.9 Le travail en réseau

Nous avons souhaité connaître les différents contacts dont disposent les professionnels de santé pour orienter la patiente dans le cas d'un potentiel état dépressif.

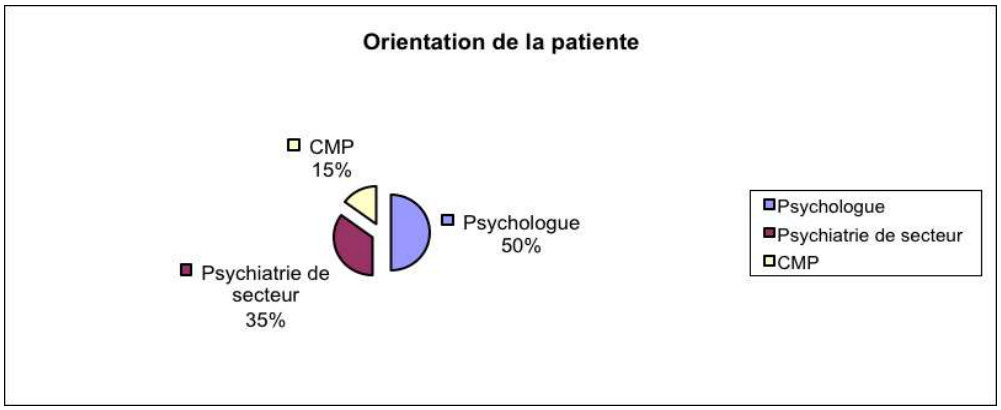


Figure 13 : Orientation des patientes par les professionnels de santé

Dans 50% des cas l'orientation se fait vers un psychologue.

Suite à cette question, il semblait important (afin de pouvoir évaluer le fonctionnement du travail en réseau) d'évaluer le ressenti des professionnels de santé quant au retour concernant la patiente.

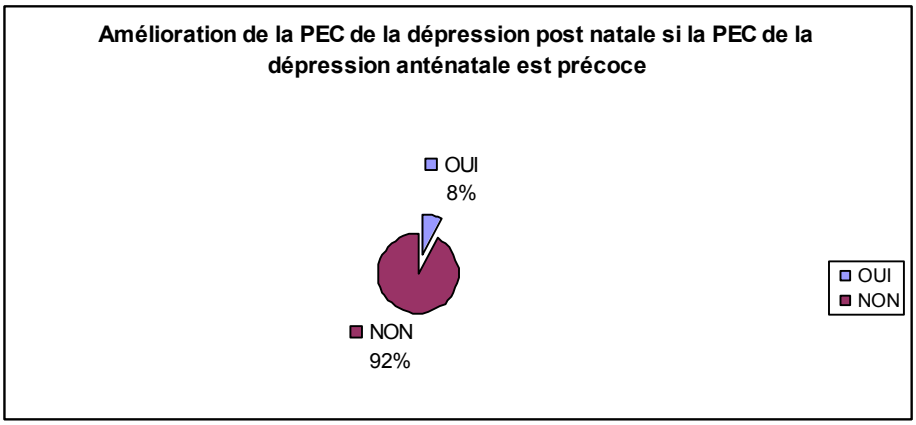


Figure 14 : Le ressenti des professionnels de santé quant au retour de la prise en charge des patientes

92% des professionnels de santé estiment avoir un retour insuffisant concernant la prise en charge psychologique des patientes.

3 Troisième partie : Discussion

3.1 Validation / infirmation des hypothèses

3.1.1 La formation initiale / continue

D'après notre questionnaire, il ressort que 62% des professionnels de santé estiment que la formation initiale concernant les troubles psychologiques est insuffisante.

Dans la formation initiale des sages-femmes, il est dispensé des cours de psychiatrie mais il semble que le contenu ne soit pas facilement transposable dans l'interrogatoire en consultation.

Cependant, on note que dans notre étude, les mots clés les plus cités pour définir un état dépressif sont :*fatigue, tristesse, désintérêt*. Ce sont ceux utilisés dans la classification internationale.

D'autre part, on note que 50% des sages-femmes ont suivi, dans le cadre de la formation continue, une formation complémentaire (formations, séminaires) sur le thème de la dépression périnatale. Ce qui laisse à penser qu'il y a une volonté d'acquérir des outils indispensables à la bonne pratique professionnelle.

La formation pour la pratique de l'entretien du 4ème mois rentre dans le cadre de la formation continue. Lors de cette formation, sont enseignés :

- Les principaux thèmes à aborder lors de l'entretien (***Annexe IV***)
- Une liste des principaux facteurs de vulnérabilité (***Annexe V***)

Or d'après notre étude, seulement 31% des sages-femmes interrogées ont été formées et donc pratiquent l'entretien du 4ème mois.

Pour les 69% restants, afin qu'ils puissent acquérir les outils nécessaires au repérage des facteurs de vulnérabilité permettant le dépistage de la dépression

anténatale, il semble souhaitable qu'ils puissent être formés à la pratique l'entretien du 4ème mois.

On note qu'au sein de notre étude, les sages-femmes qui pratiquent l'entretien du 4ème mois sont toutes rattachées au secteur libéral (aucune sage-femme uniquement hospitalière).

Cela nous amène à nous poser la question suivante : les sages-femmes libérales sont elles plus sensibiliser à la pratique de cet entretien ?

3.1.2 Les outils mis à disposition des professionnels de santé

3.1.2.1 Le dossier obstétrical

D'après notre étude, 77% des sages-femmes estiment que la partie concernant le recueil de données psychologiques du dossier obstétrical, n'est pas adéquat.

Les modifications qui pourraient être apportées sont :

- La création de rubriques spécifiques, liste de « questions types »
- La création d'une rubrique : antécédent de dépression, consultation avec le psychologue
- L'histoire familiale de la patiente et son état émotionnel

Ces rubriques pourraient permettre une meilleure communication au sein de l'équipe pluridisciplinaire (suppression du risque d'interprétation).

Ces rubriques pourraient aussi permettre aux sages-femmes de poser en systématique, plus facilement, des questions « délicates » à aborder.

En annexe le dossier obstétrical de la maternité d'Orsay (91) qui intègre une partie de ces rubriques. (***Annexe VI***)

De plus, selon notre étude, 56% des sages-femmes ne remplissent pas la partie concernant les informations psychosociales du dossier obstétrical de façon

systématique par manque de temps. L'utilisation d'un dossier comportant des rubriques spécifiques pourrait permettre la diminution de ce taux.

3.1.2.2 Le questionnaire EPDS

L'EPDS est un instrument d'auto évaluation validé et traduit en français qui permet d'aider au repérage d'une dépression.

Or d'après notre étude, 92% des sages-femmes interrogées ne connaissent pas cet outil. Il pourrait être intéressant de mettre à disposition des sages-femmes de consultation ce questionnaire afin qu'elles puissent se l'approprier et ensuite l'utiliser.

De plus, on note que les 8% des professionnels qui connaissent cet outil ne l'utilisent pas par crainte de mauvaise utilisation.

Dans sa circulaire, F. Molénat [41] note que remettre le questionnaire aux patientes risquerait de les stigmatiser voir augmenter leur sentiment de dévalorisation.

Il pourrait être intéressant, que les professionnels de santé maitrisent le questionnaire (EPDS), afin qu'ils puissent poser les questions de manière informelle au cours de l'entretien et ainsi exploiter plus facilement les résultats.

3.1.3 La transmission du recueil de données

3.1.3.1 Le dossier obstétrical

L'existence d'un dossier partagé (adapté aux différents acteurs du réseau), détenu par la femme, pourrait faciliter l'accès aux informations médicales / psychosociales, qui de ce fait seront disponibles au moment voulu.

3.1.3.2 Le staff médico-psycho-social

Il permet :

- D'étayer la prise en charge pluridisciplinaire lors des réunions hebdomadaires
- De créer une interface entre les divers professionnels de proximité (PMI, psychologue, centre médico-psychologique…) et l'hôpital
- D'établir des alliances / partenariat avec les patientes et les familles
- D'informer le médecin traitant
- Prendre en compte l'état émotionnel et le ressenti de la patiente bien en amont de l'arrivée à la maternité, permet de cadrer les interventions des différents professionnels, de mieux gérer l'hospitalisation et de travailler les liens mère-enfant.

En conclusion, dans des situations où sont intriqués, des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux, le staff permettrait :

- De mieux anticiper les difficultés et de chercher assez tôt des solutions
- D'organiser le travail en amont avec une coordination du suivi entre les professionnels

3.1.3.3 La synthèse de l'entretien du 4ème mois

Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien du 4ème mois, elle est transmise avec l'accord de la femme, au professionnel qui met en œuvre les séances prénatales et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse. En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte.

L'entretien du 4ème mois semble être un moment clé pour mettre en place une prévention précoce de la dépression anténatale.

3.1.4 La dimension émotionnelle

Selon notre étude, la durée moyenne prévue d'une consultation de grossesse est d'environ 25 minutes.

Lorsque le temps imparti à la consultation est dépassé, il s'agit dans 58% des cas d'une demande d'un temps relationnel avec la sage-femme, de la part de la patiente.

Actuellement hormis l'entretien du 4ème mois et les séances de préparation à l'accouchement, il existe peu de lieux d'écoute proposés à la femme enceinte ou au couple dans lesquels ceux-ci peuvent faire part de leurs inquiétudes quant à leur futur rôle de parents.

La dimension émotionnelle est maintenant reconnue et prise en compte lors du suivi de grossesse. Mais on pourrait imaginer la création de groupe de parole, véritable moment d'échange,qui pourrait se dérouler dans un autre lieu que la maternité (au sein des PMI, à l'initiative des sages-femmes libérales dans leur cabinet, développer un nouveau lieu, « le café grossesse » à l'instar « du café Alzheimer »).

Ce genre de groupe de parole existe déjà dans certains établissements, dans le cadre du deuil périnatal et semble aider les couples.

3.2 Autres questions soulevées par l'étude

Le travail en réseau

D'après notre étude, dans le cas d'un potentiel état dépressif, les femmes enceintes sont orientées dans 50% des cas vers un psychologue et seulement dans 15% des cas vers un centre médico-psychologique.

Il est à noter que 92% des professionnels de santé estiment avoir un retour insuffisant concernant la prise en charge psychologique des patientes.

Il se pose donc la question du recueil des informations, de leur centralisation afin qu'elles puissent être mise à disposition de l'ensemble des professionnels.

Dans une étude récemment menée[46] par le réseau périnatale Aurore dont fait partie F. Molénat, les auteurs ont évalué l'apport de l'entretien prénatal et l'acceptation par les femmes enceintes d'un nouvel outil de communication entre les acteurs du suivi de la grossesse, consistant en une fiche de liaison remplie et portée par la femme elle-même. Les auteurs se sont basés sur les items des fiches de liaison retournées au réseau par les professionnels spécifiquement formés (1119 fiches) et sur des entretiens téléphoniques semi-directifs auprès de 100 patientes choisies au hasard. Pour les femmes primipares, l'apport de l'entretien prénatal a porté sur la sécurité dans le système de soins pour 60% d'entre-elles et sur la sécurité émotionnelle pour 56% d'entre-elles. Pour les multipares, l'apport de l'entretien prénatal a porté principalement sur la sécurité émotionnelle (80%). Aucune des patientes interrogées n'a refusé le principe de la fiche de liaison. Les auteurs de cette étude concluent que le principe d'une fiche de liaison, telle qu'elle a été élaborée par le réseau Aurore, paraît pertinent tant pour les professionnels que pour les patientes mais elle ne constitue qu'un des éléments nécessaire à la construction d'un réseau de soins personnalisé.(***Annexe VII***)

Dans sa circulaire, F. Molénat préconise que les professionnels doivent s'assurer de la rigueur de la transmission des informations concernant l'intimité (conditions de vie, éléments relationnels). Ils devraient pouvoir bénéficier de formations adéquates

(enparticulier concernant les réseaux de soins) donnant une bonne connaissance des divers intervenants possibles (dans les domaines : médical, social, psychiatrique).

Ces formations sur le réseau de santé pourraient réduire le nombre de dossier non rempli de façon systématique pour cause de « réponses redoutées » (25% dans notre étude).

En conclusion, le travail de prévention suppose la mise en place d'un réseau de professionnels fiables, centré sur chaque famille et agissant de manière cohérente de l'ante au postnatal, ceci surtout dans le cas des familles les plus vulnérables. Ainsi il permettra d'ouvrir le dialogue et de créer un espace d'expression pour la femme enceinte.

3.3 Biais et limites

Il semble important de signaler que cette étude n'est basée que sur 52 questionnaires exploitables. Les réponses apportées ne servent qu'à donner des pistes (de façon intuitive et non scientifique) pour des études à venir de plus grande ampleur.

Il pourrait être intéressant de mener une étude prospective de plus grande ampleur dans laquelle seraient inclus :

- Les sages-femmes libérales et hospitalières
- Les gynécologues obstétriciens libéraux et hospitaliers
- Les médecins généralistes (médecin traitant)

Cette démarche permettrait de cibler l'ensemble des professionnels accompagnant la femme enceinte.

Proposition d'étude :

→**1er entretien semi directif** permettant :

- Dans un premier temps, de connaître l'accompagnement psychologique effectué par chaque professionnel
- Dans un second temps, leur proposer d'utiliser un dossier « type » qui permettrait de faciliter la mise en place du suivi de grossesse sur le plan psychologique

→**Période d'essai à évaluer**

→**2ème entretien semi directif** permettant de recueillir les appréciations des professionnels.

Conclusion

La prévention de la dépression prénatale lors des consultations (suivi de grossesse) n'est pas aisée pour les professionnels pour différentes raisons que nous avons exposés tout au long de ce travail. En effet, ce manque de sensibilisation au cours de leurs études ne leur permet pas de débuter leur carrière de façon sereine vis-à-vis du dépistage de cette pathologie, une majorité des sages-femmes se sentant démunies.La difficulté du dépistage pourrait s'expliquer par le manque de temps lors des consultations « classiques » et par une formation initiale et continue insuffisante ou inadaptée. Certaines actions pourraient être mises en place au sein des structures de formation des sages-femmes et dans les UFR de médecine afin d'intégrer précocement ce dépistage dans des techniques d'entretien apprises.

Il pourrait être intéressant de s'appuyer sur l'entretien du 4ème mois pour développer au sein d'un réseau la mise en place de la prévention de la dépression prénatale. En effet, le climat de confiance de l'entretien du 4ème mois est primordial pour qu'un dépistage positif puisse déboucher sur une orientation vers des soins personnalisés adéquats.Cet entretien suppose un certain état d'esprit de la part des intervenants qui doivent veiller à la qualité de l'accueil dès le premier contact car celui-ci conditionnera la suite de la prise en charge.

Au delà de la prévention,un travail de réflexion sur les conditions pour que la prévention soit bénéfique, est souhaitable, afin de ne pas tomber dans le piège de « prévenir à tout prix » et de ce fait d'engendrer une pathologie.

Ce travail permettrait donc de repérer les patientes à risque afin d'éviter toute stigmatisation.

Le principe dit de « précaution » n'est-il pas justement d'évaluer dans la plus grande transparence et de la façon la plus objective possible les risques potentiels encourus ?

Bibliographie

[1] Milgrom J, Gemmil AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk facrors for postanal depression : A large prospective study. J Affect disord 2008; 108 (1-2): 147-57

[2] Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. J Affect Disord 2007; 100: 115-21.

[3] Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes : des nouvelles accouchées et des nourrices, L'Harmattan, collection « Psychanalyse et civilisation ». Paris ; 2002 [réédition de l'ouvrage paru en 1858 aux Editions Baillère et fils].

[4] Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. Acta Psychiatr Scand 2003; 107(1): 10-7

[5] Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, et al. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum : a follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85 : 937–44.

[6]Hippocrate. « Des maladies et des femmes ». Livres 1er et 2ème. In : Œuvres complètes, volumes 7 et 8. Hippocrate Hakkert Amsterdam, 1962 (trad. Fraç.)

[7]Esquirol. J « Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médicolégal ». Paris : J.B. Baillère, 1838

[8]Racamier, P. C., Sens, C., & Caretier, L. (1961). « La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum ». L'évolution Psychiatrique, 4, 525-570.

[9]Bydlowsky. M, & Raoul-Duval. A (1978) « Un avatar psychique méconnu : la névrose traumatique post obstétricale ». Perspective Psychiatrique, 68, 321-328.

[10]Chabrol. H, Teissedre. F « Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisée chez 450 femmes ». Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004; 52(5):266-273

[11]Levy-Soussan. P, Psychiatrie. 3ème Ed. Paris: Med-line, 2007, p.350

[12] Chabrol. H, Teissedre. F. « Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée chez 859 sujets ». L'encéphale, 2002 Fév. ; 28(1):63-8

[13]Gourion. D « Evènements de vie et sévérité de la dépression aux différents âges de la vie ». L'encéphale, 2009 Déc.; 35(7):250-6

[14] Dayan. J "Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum." Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007 Oct.; 36(6) : 549-561

[15] Bibring G. L « Some considerations on the psychological processes in pregnancy » Psychoanal. Study of the Child, 1959, 14, p. 113-123

[16] Bydlowski M. « La transparence psychique de la grossesse » Etudes Freudiennes, 1991, 32, p. 2-9

[17] Winnicott D. W « La préoccupation maternelle primaire » in : De la pédiatrie à la psychanalyse Payot, 1969, Paris

[18] Winnicott D. W «La mère ordinaire normalement dévouée ». In D. W Winnicott, (Dir.), Le bébé et sa mère. (1ère éd. 1966). Paris : Payot

[19] Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression : a systematic review of prelavence and incidence. Obstet Gynecol 2005; 106: 1071-83

[20] Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby. J Am Med Womens Assoc 2004; 59: 181-91.

[21] Gasman. I, Allilaire. J « Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte ». 2ème Ed. Paris : Masson, 2009, p.123

[22]Ferreri. F, Nuss. P, Perreti. C « Clinique des états dépressifs ». L'encyclopédie médico-chirurgicale, 2007; 110(10), p.37

[23] Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Milgrom J, Paxton SJ. Depression and anxiety through pregnancy and the early postpartum: an examination of prospective relationships. J Affect Dis 2009; 113 (3): 303-8.

[24]Huizink AC, Mulder EJH, Buitelaar JK. « Prenatal stress and risk for psychopathogy: specific effects or induction of general susceptibility? » Psychol Bull 2004 ; 130(1) :115-42

[25] Sutter-Dallay A.L. « Troubles psychiatriques et période périnatale ». Annales médico-psychologiques, 2005 Juil. ; 110 (10), p.37

[26] O. Chatillon, C. Event. La dépression de l'antepartum : prévalence, diagnostic, traitement. Doi : 10.1016/j.encep.2010.02.004

[27] O'Hara, M. W., Postpartum depression : what we know. J Clin Psychol, 2009. 65(12): p.1258-69

[28] Marcus, S. M., depression during pregnancy: rates, risks and consequences—Motherisk Update 2008. Can J Clin Pharmacol, 2009. 16(1): p.e15-22

[29] Anderson, L., et al., Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. Obstet Gynecol, 2004. 104(3): p.467-76

[30] Goodman, S.H.B., Parental psychopathology and its relation to child psychopathology, in Handbook of clinical psychopathology, M.H.A.M. Gross, Editor. 2008, John Wiley&Sons: NJ. P.937-965

[31] Glover, V., T. O'Connor, and K. O'Donnell, Prenatal stress and the programming of the HPA axi. Neurosci Biobehav Rev, 2009

[32] Glover, V., et al., Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. Psychoneuroendocrinology, 2009.34(3): p.430-5

[33] Talge, N.M., C. Neal, and V. Glover, Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment : how and why ? J Child Psychol Psychiatry, 2007. 48(3-4): p.245-61

[34] Field, T., et al., Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger : effects on the fetus and neonate. Depress Anxiety, 2003. 17(3): p.140-51

[35] Lawlor, D.A., et al., Birth weight is inversely associated with incident coronary heart disease and stroke among individuals born in the 1950s: findings from the Aberdeen Children of the 1950s prospective cohort study. Circulation, 2005. 112(10)/ p.1414-8

[36] Dennis CL. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression : systematic review. BMJ 2005 ;331(7507) :15

[37] Dayan. J, Yoshida. K “Thérapeutique des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Doi : 10.1016/j.jgyn.2007.06.004

[38] Webster PA. Withdrawal symptoms in neonates associated with maternal antidepressant therapy. Lancet 1973;2(7824):318-9

[39] Eggermont E. Withdrawal symptoms in neonates associated with maternal imipramine therapy. Lancet 1973;2(7830):680

[40]http://www.medical78.com/nat_plan_perinat.pdf consulté le 14.01.2014

[41]http://ww.medidal78.com/nat_circulaire_juillet.pdf consulté le 14.01.214

[42]http://www.has-sante.fr/anaes/publications.nsf/ consulté le 14.01.2014

[43] Buist, A.E., et al., To screen or not to screen—that is the question in perinatal depression. Med J Aust, 2002. 177 Suppl :p. S101-5

[44] Gaynes, B.N., et al., Perinatal depression : prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evid Rep Technol Assess (Summ), 2005(119) :p.1-8

[45] Marcus, S.M. and J.E. Heringhausen, depression in childbearing women : when depression complicates pregnancy. Prim Care, 2009.36(1) :p.151-65, ix

[46] Dupont, C., Gonnaud, F., Touzet, S., Luciani, F., Perie, M.-A., Molénat, F., Evrard, A., Fernandez, M.-P., Roy, J. & Rudigoz, R.-C., Entretien prénatal précoce : mise en place d'une fiche de liaison « portée » par la patiente. A propos de l'expérience du réseau périnatal Aurore. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2008. 37(7) : p.685-690

UNIVERSITÉ DE VERSAILLES ST-QUENTIN-EN-YVELINES

Annexes

Annexe I : Questionnaire étude

La prévention de la dépression anténatale

1. **Vous êtes :**

- ☐ Sage femme hospitalière
- ☐ Sage femme libérale
- ☐ Médecin libéral
- ☐ Médecin hospitalier

2. **Expérience professionnelle : Depuis combien de temps exercez-vous ?**

.....

Profil professionnel

3. **De combien de temps en moyenne, disposez-vous pour chaque consultation ?**

- ☐ 20 min
- ☐ 30 min
- ☐ Si plus, précisez.....

4. **Quelles sont, en règle générale, les raisons pour lesquelles le temps imparti à chaque consultation est dépassé ?**

- ☐ Médical
- ☐ Besoin relationnel
- ☐ Autre, précisez : ....

5. **Pratiquez-vous l'entretien du 4e mois ?**

☐OUI ☐NON

6. **Si OUI, Avez-vous suivi une formation particulière pour la pratique de cet entretien ?**

☐OUI ☐NON

2

Votre formation

7. **Avez-vous l'impression d'avoir reçu une formation initiale suffisante concernant les troubles psychologiques ?**

☐OUI ☐NON

8. **Avez-vous assisté à des formations, colloques, séminaires, congrès concernant ce sujet ?**

☐OUI ☐NON

Le dossier obstétrical

9. **Concernant le recueil des données psychologiques lors de l'anamnèse, le dossier obstétrical que vous utilisez vous semble t-il adéquat ?**

☐OUI ☐NON

10. **Le remplissez-vous systématiquement ?**

☐OUI ☐NON

11. **Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles le dossier n'est pas rempli de façon systématique ?**

- ☐ Manque de temps
- ☐ Vous redoutez la réponse
- ☐ Pour des questions d'éthique
- ☐ Autres, précisez :.....

12. **Si vous deviez apporter des modifications au dossier obstétrical (rubriques supplémentaires, fiches spécialisées), quelles seraient elles ?**

.....
.....

3

Connaissances

13.Comment décririez-vous en 4 mots clés un état dépressif

- .....
- .....
- .....
- .....

14.Rencontrez-vous lors de vos consultations, des patientes qui vous semblent présenter un état dépressif ?

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent

Les outils

15.Connaissez-vous des outils sur lesquels vous appuyer pour déceler un potentiel état dépressif ?

échelle, questionnaires, fiches descriptives....

☐OUI ☐ NON

16.Si OUI, Lesquels ?

.....

17.Les utilisez-vous ?

☐OUI ☐NON

18.Si NON, pour quelles raisons ?

Précisez .....
.....
.....

1

Concernant la dépression anténatale

19. Selon vous, existe-t-il un lien entre la dépression anténatale et postnatale ?

Quelle serait selon vous l'intensité de ce lien ?

(Aucun lien) 0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10(Fort lien)

20. Pensez vous qu'une prise en charge précoce de la dépression anténatale pourrait améliorer la prise en charge de la dépression du post partum ?

☐OUI ☐NON

21. Selon vous, à quel moment serait-il judicieux de mettre en place ce questionnement concernant le risque éventuel d'un état dépressif ?

- ☐ Lors du premier du premier contact avec la patiente (déclaration de grossesse)
- ☐ Lors de l'entretien du 4e mois
- ☐ Durant les autres consultations, précisez laquelle : .....
- ☐ Autre, précisez : .....

Le travail en réseau

22. Pour quelles raisons et à quel moment orientez vous les patientes vers le psychologue, la psychiatrie de secteur ou les centres médico-psychologiques ?

.....

.....

23. Dans le cas d'un possible état dépressif de la patiente, dans le cadre du travail en réseau, avez-vous des contacts pour orienter la patiente ?

Sélectionnez les contacts que vous avez :

- ☐ Psychologue
- ☐ Psychiatrie de secteur
- ☐ Un centre médico- psychologique

24. Pensez-vous avoir un retour suffisant concernant la prise en charge psychologique de ces patientes ?

☐OUI ☐NON

5

Annexe II : Conditions de dialogue et techniques de communication

Encadré 2. **Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple**

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

Annexe III : Echelle de dépression (EPDS)



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**
   - Aussi souvent que d'habitude
   - Pas tout à fait autant
   - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours ci
   - Absolument pas

2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**
   - Autant que d'habitude
   - Plutôt moins que d'habitude
   - Vraiment moins que d'habitude
   - Pratiquement pas

3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, parfois
   - Pas très souvent
   - Non, jamais

4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**
   - Non, pas du tout
   - Presque jamais
   - Oui, parfois
   - Oui, très souvent

5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.**
   - Oui, vraiment souvent
   - Oui, parfois
   - Non, pas très souvent
   - Non, pas du tout

6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements*.**
   - Oui, la plupart du temps, je ne suis sentie incapable de faire face aux situations
   - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
   - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
   - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, parfois
   - Pas très souvent
   - Non, pas du tout

8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, très souvent
   - Pas très souvent
   - Non, pas du tout

9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, très souvent
   - Seulement de temps en temps
   - Non, jamais

10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.**
    - Oui, très souvent
    - Parfois
    - Presque jamais
    - Jamais

2006



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien. Ces notes ne sont pas applicables à toutes les populations.

Instructions aux utilisateurs:

1. Demandez à la mère de souligner la réponse qui est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours.
2. Les dix items doivent être complétés.
3. Évitez la possibilité que la mère discute de ses réponses avec d'autres personnes.
4. La mère devrait compléter le questionnaire elle-même, à moins que sa compréhension du français soit limitée ou qu'elle ait de la difficulté à lire.

L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg a été développée dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg. Elle consiste en 10 courts énoncés. La mère souligne laquelle des quatre réponses possibles est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. La plupart des mères complètent l'échelle sans difficulté en moins de 5 minutes. L'étude de validation a démontré qu'une notation au-dessus du seuil était une indication possible de dépression. Malgré tout, la notation EPDS ne devrait pas passer outre à un jugement clinique. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. L'échelle indique comment la mère s'est sentie durant la semaine précédente et, dans les cas douteux, il peut être utile de la répéter une ou deux semaines plus tard. L'échelle ne détectera pas les mères avec des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité

best start
meilleur départ

Ontario Prevention Clearinghouse

Centre ontarien d'information en prévention

The Royal College of Psychiatrists 1987. L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg peut être photocopiée par des chercheurs ou des cliniciens à des fins personnelles sans autorisation des éditeurs. Le questionnaire doit être copié en entier et porter la mention suivante :

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Une permission écrite du Royal College of Psychiatrists est nécessaire pour copier ou distribuer ce questionnaire à des fins ou le publier (version papier, en ligne ou sous tout autre format).

La traduction du questionnaire ainsi que les directives d'utilisation peuvent être trouvées dans Cox, J.L. et J. Holden. (2010). Perinatal Mental Health : a Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Londres, Gaskell.

L'EPDS est un outil pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression post-partum.

2008

Annexe IV : Les principaux thèmes à aborder

Encadré 3. Principaux thèmes à aborder lors de l'entretien individuel ou en couple

« Qui est la femme enceinte, le couple »
« Ce que la femme vit et a vécu »
« Ce qu'elle ressent »
« Ce qu'elle fait »
« Ce qu'elle sait »
« Ce qu'elle croit »
« Se sent-elle menacée et par quoi »
« Ce dont elle a envie »
« Ce qu'elle veut connaître et apprendre »
« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »

Annexe V : Les principaux facteurs de vulnérabilité

Encadré 4. **Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité**

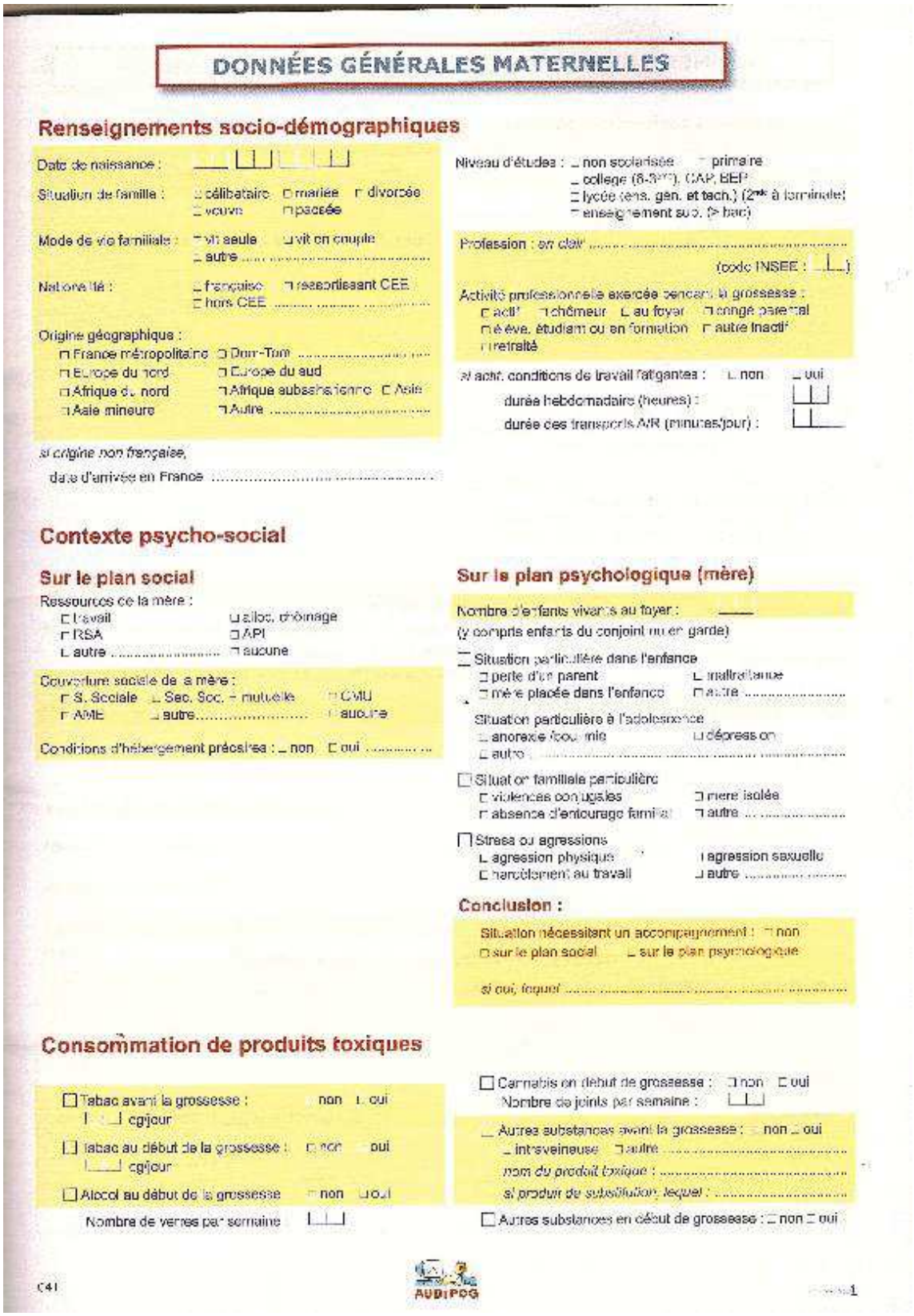
▸ Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

▸ Principaux facteurs de vulnérabilité

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- *La violence domestique*, en particulier conjugale.
- *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- *L'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- *La dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du *post-partum* où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- *La naissance à haut risque psycho-affectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

Annexe VI : Le dossier de la maternité d'Orsay



DONNÉES GÉNÉRALES MATERNELLES

Renseignements socio-démographiques

Date de naissance : ___ ___ ___ ___

Situation de famille : ☐ célibataire ☐ mariée ☐ divorcée ☐ veuve ☐ pacsée

Mode de vie familiale : ☐ vit seule ☐ vit en couple ☐ autre .....

Nationalité : ☐ française ☐ ressortissant CEE ☐ hors CEE .....

Origine géographique :
☐ France métropolitaine ☐ Dom-Tom .....
☐ Europe du nord ☐ Europe du sud
☐ Afrique du nord ☐ Afrique subsaharienne ☐ Asie
☐ Asie mineure ☐ Autre .....

si origine non française,
date d'arrivée en France .....

Niveau d'études : ☐ non scolarisée ☐ primaire
☐ collège (6-3ème), CAP, BEP
☐ lycée (ens. gén. et tech.) (2nde à terminale)
☐ enseignement sup. (> bac)

Profession : *en clair* .....
(code INSEE : ☐☐)

Activité professionnelle exercée pendant la grossesse :
☐ actif ☐ chômeur ☐ au foyer ☐ congé parental
☐ élève, étudiant ou en formation ☐ autre inactif
☐ retraité

si activ. conditions de travail fatigantes : ☐ non ☐ oui
durée hebdomadaire (heures) : ☐☐
durée des transports A/R (minutes/jour) : ☐☐☐

Contexte psycho-social

Sur le plan social

Ressources de la mère :
☐ travail ☐ alloc. chômage
☐ RSA ☐ API
☐ autre ..... ☐ aucune

Couverture sociale de la mère :
☐ S. Sociale ☐ Sec. Soc. + mutuelle ☐ CMU
☐ AME ☐ autre..... ☐ aucune

Conditions d'hébergement précaires : ☐ non ☐ oui .....

Sur le plan psychologique (mère)

Nombre d'enfants vivants au foyer : ___
(y compris enfants du conjoint ou en garde)

☐ Situation particulière dans l'enfance
☐ perte d'un parent ☐ maltraitance
☐ mère placée dans l'enfance ☐ autre .....

Situation particulière à l'adolescence
☐ anorexie / boulimie ☐ dépression
☐ autre .....

☐ Situation familiale particulière
☐ violences conjugales ☐ mère isolée
☐ absence d'entourage familial ☐ autre .....

☐ Stress ou agressions
☐ agression physique ☐ agression sexuelle
☐ harcèlement au travail ☐ autre .....

Conclusion :

Situation nécessitant un accompagnement : ☐ non
☐ sur le plan social ☐ sur le plan psychologique

si oui, lequel .....

Consommation de produits toxiques

☐ Tabac avant la grossesse : ☐ non ☐ oui
☐☐ cig/jour

☐ Tabac au début de la grossesse : ☐ non ☐ oui
☐☐ cig/jour

☐ Alcool au début de la grossesse ☐ non ☐ oui
Nombre de verres par semaine ☐☐

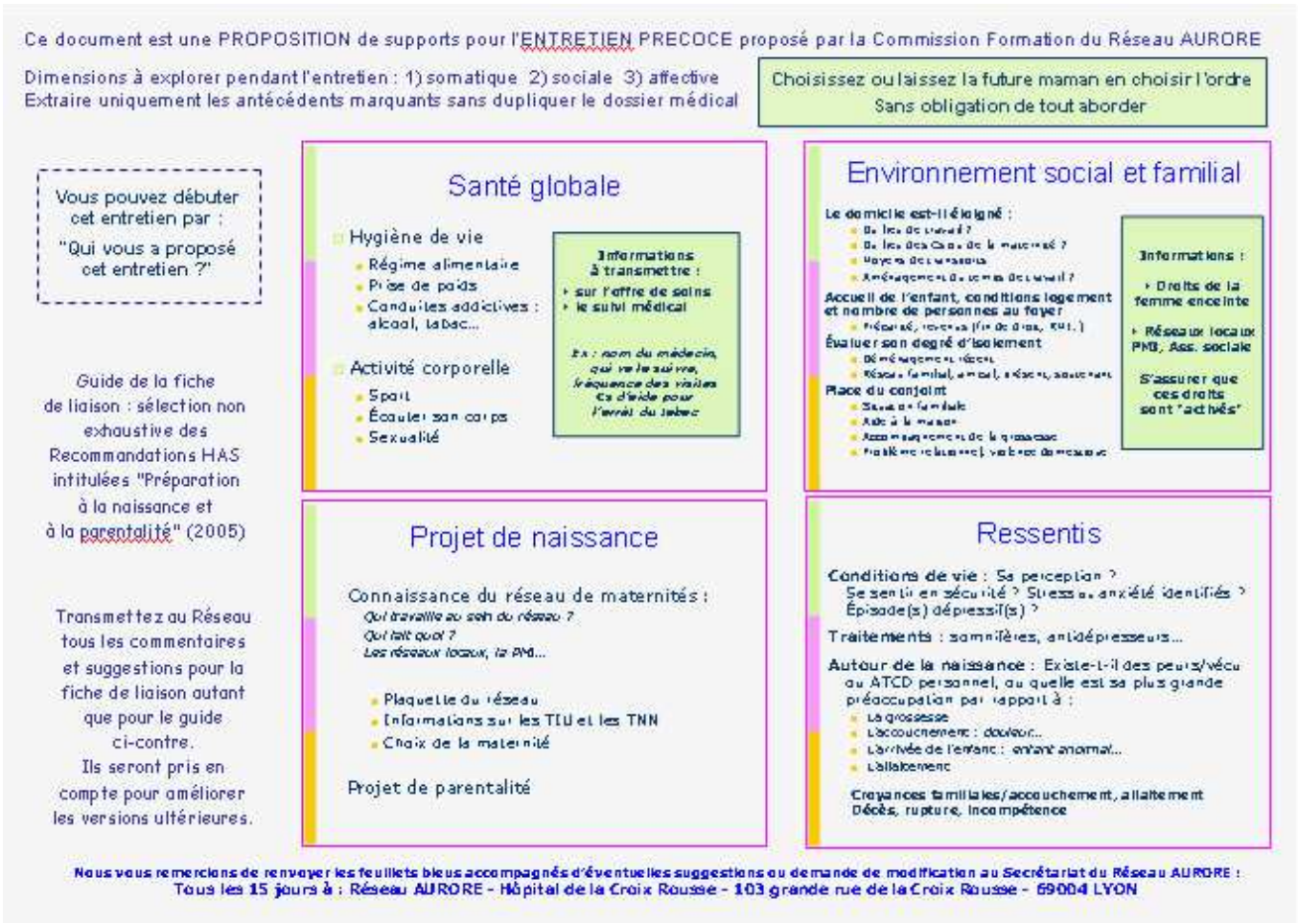
☐ Cannabis en début de grossesse : ☐ non ☐ oui
Nombre de joints par semaine : ☐☐

☐ Autres substances avant la grossesse : ☐ non ☐ oui
☐ intraveineuse ☐ autre .....
nom du produit toxique : .....
si produit de substitution, lequel : .....

☐ Autres substances en début de grossesse : ☐ non ☐ oui

C41 AUDIPOG 1

Annexe VII : Exemple fiche de liaison entretien du 4ème mois



Ce document est une PROPOSITION de supports pour l'ENTRETIEN PRECOCE proposé par la Commission Formation du Réseau AURORE

Dimensions à explorer pendant l'entretien : 1) somatique 2) sociale 3) affective
Extraire uniquement les antécédents marquants sans dupliquer le dossier médical

Choisissez ou laissez la future maman en choisir l'ordre
Sans obligation de tout aborder

Vous pouvez débuter cet entretien par :
"Qui vous a proposé cet entretien ?"

Guide de la fiche de liaison : sélection non exhaustive des Recommandations HAS intitulées "Préparation à la naissance et à la parentalité" (2005)

Transmettez au Réseau tous les commentaires et suggestions pour la fiche de liaison autant que pour le guide ci-contre.
Ils seront pris en compte pour améliorer les versions ultérieures.

Santé globale

- Hygiène de vie
  - Régime alimentaire
  - Prise de poids
  - Conduites addictives : alcool, tabac...
- Activité corporelle
  - Sport
  - Écouter son corps
  - Sexualité

Informations à transmettre :
- sur l'offre de soins
- le suivi médical

Ex : nom du médecin, qui va le suivre, fréquence des visites ce dernier pour l'arrêt du tabac

Environnement social et familial

Le domicile est-il éloigné :
- De lieu de travail ?
- De lieu des Cabs de la maternité ?
- Moyens de transports
- Aménagements du temps de travail ?

Accueil de l'enfant, conditions logement et nombre de personnes au foyer
- Matériel, nouveau (lit de bébé, Cat.)

Évaluer son degré d'isolement
- Déménagement récent
- Réseau familial, amical, associatif

Place du conjoint
- Situation familiale
- Aide à la maison
- Accompagnement de la grossesse
- Problème relationnel, violence domestique

Informations :
- Droits de la femme enceinte
- Réseaux locaux PMI, Ass. sociale

S'assurer que ces droits sont "activés"

Projet de naissance

Connaissance du réseau de maternités :
Qui travaille au sein du réseau ?
Qui fait quoi ?
Les réseaux locaux, la PMI...

- Plaquette du réseau
- Informations sur les TIU et les TNN
- Choix de la maternité

Projet de parentalité

Ressentis

Conditions de vie : Sa perception ?
Se sent-il en sécurité ? Stress ou anxiété identifiés ?
Épisode(s) dépressif(s) ?

Traitements : somnifères, antidépresseurs...

Autour de la naissance : Existe-t-il des peurs/vécu ou ATCD personnel, ou quelle est sa plus grande préoccupation par rapport à :
- La grossesse
- L'accouchement : douleur...
- L'arrivée de l'enfant : enfant anormal...
- L'allaitement

Croyances familiales/accouchement, allaitement
Décès, rupture, incompétence

Nous vous remercions de renvoyer les feuillets bleus accompagnés d'éventuelles suggestions ou demande de modification au Secrétariat du Réseau AURORE :
Tous les 15 jours à : Réseau AURORE - Hôpital de la Croix Rousse - 103 grande rue de la Croix Rousse - 69004 LYON

Réseau SÉCURITÉ Naissance
Aux portes de la vie

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

Fiche de synthèse et de transmission

Le remplissage de cette fiche se fait avec l'accord et la participation de la patiente / du couple.

1 exemplaire blanc pour la patiente, 1 vert pour le praticien, 1 bleu anonymisé pour le réseau

NOM Patiente :	**A PROPOS DE L'ENTRETIEN** proposé le : / / AG : SA
PRENOM :	Par : ☐ SF ☐ gynécologue ☐ médecin généraliste ☐ autre :
DATE DE NAISSANCE :	NOM du professionnel qui suit la grossesse :
NOM Conjoint :	Connaissance du réseau par la patiente : ☐ oui ☐ pendant l'entretien

ENTRETIEN réalisé le : / / AG: SA Nombre d'enfants : Age :

☐ en couple ☐ individuel Profession : Lieu d'accouchement prévu :

CONSULTANT

Profession : ☐ SF ☐ médecin Lieu d'exercice : ☐ CH ☐ clinique privée ☐ cabinet privé ☐ PMI ☐ à domicile

Couverture sociale : ☐ SS + mutuelle ☐ SS ☐ CMU ☐ RSA ☐ NAS

ATCD marquants et santé globale	**Environnement social et familial**
Projet de naissance et attentes personnelles	**Ressentis**

Soutien(s) proposé(s)

☐ PMI ☐ assistante sociale ☐ consult. tabac ☐ SF libérale
☐ psychologue ☐ diététicienne ☐ médecin du travail ☐ autre :

RSN/REA.O/Fiche de synthèse EPP version 2 octobre 2011